

(見本) 4 介護保険負担限度額認定証

※介護保険負担割合証ではありません。

※介護保険負担限度額認定証は
「クリーム色」です。

介護保険負担限度額認定証		
交付年月日		
番 号		
被 保 険 者	住所	
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	性別 男・女
	適用年月日	有効期限
食費の負担限度額	(介護予防)短期入所生活(療養)介護 その他のサービス	円
居住費又は滞在 費の負担限度額	ユニット型個室	円
	ユニット型個室的多床室	円
	従来型個室(特養等)	円
	従来型個室(老健・療養等)	円
	多床室	円
保険者番号 並びに保険 者の名称及 び印		

確認事項

- ① 接種を受ける本人のもの
- ② 有効期限内のもの

◎必ず事前に A4 サイズの紙にコピーして、受付時に実施医療機関へ提出してください。